

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. - N° 102

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ADÉNOMYOMES
DES
CORNES UTÉRINES

THÈSE
POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON
(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 18 mars 1921

PAR

GEORGES APOSTOLIDÈS

Né à Brousse, le 10 juin 1894



LYON
IMPRIMERIE EXPRESS

46, RUE DE LA CHARITÉ, 46

1921

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ADÉNOMYOMES
DES
CORNES UTÉRINES

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM J. LEPINE..... DOYEN.
ROQUE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD
Clinique ophtalmologique		TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique		FABRE
Clinique des maladies des enfants.....		ROLLET
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....		LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires.....		WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....		POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....		LANNOIS
Chimie biologique		ROCHET
Chimie organique et Toxicologie		NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique.....		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ
Anatomie.....		MOREL
Anatomie générale et Histologie.....		MOREAU
Physiologie		GUIART
Pathologie interne		LATARJET
Pathologie et Thérapeutique générales.....		POLICARD
Anatomie pathologique		DOYON
Médecine opératoire		COLLET
Médecine expérimentale et comparée.....		MOURIQUAND
Médecine légale.....		PAVIOT
Hygiène		VILLARD
Thérapeutique.....		ARLOING (F.)
Pharmacologie		ETIENNE MARTIN
		COURMONT (P.)
		PIC
		FLORENCE (A.)

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe.....	VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIEB.	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT	MURARD
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE (G.)	BONNET
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé
CADE	DUROUX	CORDIER	des fonctions
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. TIXIER, Président ; M. PATEL, Assesseur ;
MM. MURARD et BONNET, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. - N° 102

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ADÉNOMYOMES

DES

CORNES UTÉRINES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 18 mars 1921

PAR

GEORGES APOSTOLIDÈS

Né à Brousse, le 10 juin 1894



LYON
IMPRIMERIE EXPRESS

46, RUE DE LA CHARITÉ, 46

1921

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Auxquels je dois tout, faible témoignage de reconnaissance et de profond respect.

A MES SŒURS

A MES PARENTS ET AMIS

A MON MAÎTRE, M. LE PROFESSEUR L. TIXIER

*Professeur de Clinique chirurgicale de Lyon
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Douce obligation pour nous de pouvoir lui exprimer ici notre gratitude.

Nous lui devons toutes nos connaissances chirurgicales ; pendant nos deux années d'Internat provisoire dans son service, il nous a guidé de ses conseils. Inlassable dans ses enseignements, il nous a appris à aimer la Chirurgie. Il nous fait aujourd'hui le grand honneur de présider notre Thèse qu'il nous a inspirée. Nous conserverons de lui le plus respectueux souvenir.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DE L'HÔPITAL DE LYON-VILLEURBANNE

MESSIEURS LES DOCTEURS

MASSON, FRAPPAZ, ESSARD, GOUJON.

Nous leur adressons, avec ce travail, nos plus vifs remerciements pour l'accueil bienveillant qu'ils nous ont fait dans leurs services pendant toute la durée de notre Internat à l'Hôpital de Lyon-Villeurbanne. Nous essayerons de mettre à profit, dans l'avenir, les préceptes de leur enseignement médical et leur offrons l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

A M. LE DOCTEUR X. DELORE

Chirurgien des Hôpitaux de Lyon
Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous le remercions pour tout ce qu'il
a voulu nous enseigner pendant notre
séjour comme interne dans son ser-
vice à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. BONNET

Chevalier de la Légion d'honneur

Nous sommes tout heureux de le
remercier de toute l'amabilité qu'il
n'a jamais cessé de nous témoigner.

A M. LE DOCTEUR MICHON

Interne des Hôpitaux de Lyon

Vifs remerciements pour son amabilité.

A M. R. MONHARD

Reconnaissance toute filiale. Nous avons
trouvé en lui un père et un ami ;
c'est un plaisir pour nous de lui
dédier ce modeste travail.

AU DOCTEUR J. DJOYAS

Qui fut pour nous un ami inséparable
et un véritable frère pendant toute
la durée de nos études. Nous nous
rappellerons avec la plus vive émo-
tion ces longues années de vie com-
mune en France.

A MON CHER AMI F. MONHARD

Nous avons su apprécier la noblesse de
ses sentiments. Son amitié pour nous
fut des plus sincères. Qu'il trouve ici
le faible témoignage de notre vive
affection.

A MON CAMARADE D'INTERNAT, LE DOCTEUR EUGÈNE EVIEUX

Ami sincère, il nous l'a maintes fois
prouvé. Les jours si agréables passés
ensemble durant notre Internat à l'Hô-
pital de Villeurbanne me laisseront un
souvenir ineffaçable.

Je tiens particulièrement à témoigner
mon amitié à mon ancien camarade
d'armes et excellent ami,

LE DOCTEUR ASTERIADES

INTRODUCTION

Le sujet de ce travail que notre Maître, M. le Professeur Louis Tixier, a voulu nous inspirer, portera sur l'étude des adénomyomes des Cornes Utérines.

Ces tumeurs, en général bilatérales et symétriques, dépassent rarement le volume d'une grosse noisette.

Certains auteurs cependant citent avoir rencontré à ce niveau des tumeurs ayant des dimensions assez appréciables.

Leur diagnostic, sinon impossible, est très difficile et délicat.

Cependant, étant donnés les troubles et surtout les douleurs intenses pendant toute la durée de la période menstruelle et dès l'apparition de celle-ci, que les porteuses de ces petites tumeurs présentent, on peut, quelquefois, aidé par le toucher, dans des cas semblables, penser à leur présence.

La coïncidence avec des phénomènes pathologiques, et lésions souvent très étendues, leur accorde une importance capitale.

D'ailleurs, très souvent, elles sont les causes uniques. Ces petites tumeurs doivent donc intéresser le gynécologue, autant au point de vue des désordres précités

qu'au point de vue de leur aspect microscopique, leur forme, leur situation, leur nature histologique.

L'étude clinique présente également un intérêt important.

En entreprenant donc ce travail, nous nous efforçons de le présenter aussi complet que nous le pourrons, et aurons-nous tout au moins la satisfaction de porter à nos juges quelques observations dignes d'intérêt.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Peu nombreux sont les faits publiés sur les adénomyomes siégeant au niveau des cornes utérines.

Pourtant, comme nous venons de le dire, dans notre introduction, ces tumeurs présentent un intérêt assez important autant au point de vue de leurs caractères qu'au point de vue des troubles annexiels qu'elles occasionnent.

Souvent, trouvailles opératoires, et autopsiques, si cependant on a soin d'examiner méthodiquement un utérus enlevé pour fibromatose ou pour lésions annexielles, on rencontrerait, peut-être plus souvent qu'on ne le suppose, des petites tumeurs au niveau des cornes.

On comprend, du reste, très facilement que des tumeurs d'un si petit volume puissent passer souvent inaperçues, alors qu'il existe simultanément des lésions utérines et annexielles considérables.

De caractère tantôt inflammatoire (les salpingites

blennorragiques sont, le plus souvent, accompagnées) tantôt myomateux, ces tumeurs étaient presque inconnues en France jusqu'en 1900.

Le Professeur Pozzi mentionne simplement la salpingite nodulaire.

Il est le premier, en France, qui fait mention, dans son « Traité de Gynécologie » (4^e édition, 1907), de l'existence des adénomyomes de l'utérus dont il résume brièvement l'histoire.

Raymond, dans sa thèse (1895), parle des nodosités isthmiques sans faire allusion de celles siégeant au niveau des cornes utérines.

Quelques relations anatomiques pures ont été faites en Allemagne par Chiarri (1887) « Zeitschrift für Heilkunde Bd VIII. » Ricklinghausen en parle également dans ses mémoires.

Une variété inflammatoire des tumeurs des cornes utérines, est décrite par Schauta, Jayl et Cohn, dans leur important article de la « Revue Gynécologique de 1901 » prétendent que cette origine inflammatoire est fréquente.

Ils incriminent, comme cause habituelle, le gonocoque.

Franqué cite de nombreuses observations d'après lesquelles il aurait trouvé des adénomyomes des cornes utérines sur nombre de prostituées atteintes de blennorragie.

Le premier travail sur les tumeurs des cornes utérines et ayant un caractère adénomyomateux a été publié par Chiari en 1887. L'examen anatomopathologique de sept cas lui permit de défendre l'origine inflammatoire.

Brouardel (thèse de doctorat, 1865), relate trois observations notant l'existence des nodules, soit sur le trajet extra-utérin des trompes, soit dans la portion interstielle: Kugelman (Congrès de Chirurgie de Copenhague), considère comme exsudat paramétrique les nodosités rencontrées à l'extrémité utérine de la trompe.

En 1888, Schauta publie dix-huit cas et insiste sur la bilatéralité et la symétrie de ces tumeurs.

Il en distingue deux variétés.

1° Une variété ayant la structure des adénomyomes.

2° Une autre caractérisée par une infiltration embryonnaire.

Leur origine serait inflammatoire.

Ricklinghausen, étudiant vingt et un cas, en 1891, considère ces nodosités comme des adénomyomes et des cystadénomes.

Il distingue également deux variétés :

1° Les adénomyomes durs et blancs ;

2° Les adénomyomes télangiectàsiques angiomateux.

Auvray, dans son article de la « Revue Gynécologique de 1912 », « Les adénomyomes tubaires », publie neuf observations dans lesquelles il relate la présence des nodosités à la portion utérine de la trompe, et au niveau des cornes utérines. L'examen histologique de ces neuf cas a prouvé la nature adénomyomateuse des tumeurs. Leur volume ne dépassait guère la grosseur d'une noisette. Des lésions annexielles existaient dans tous ces cas.

Cullen, dans son volume de 1920 consacré aux tumeurs des cornes utérines en fait une étude complète et remarquable.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Définition de l'adénomyome. — Nous définirons, avec Ricklinghausen, les adénomyomes ainsi :

« Les adénomyomes sont des tumeurs mixtes constituées par un élément conjonctivo-musculaire renfermant de véritables glandes ».

Les adénomyomes se développent également dans les cornes utérines par pincement et enclavement d'une portion de la muqueuse tubaire qui donne ainsi des formations pseudo-glandaires proliférantes.

(Claisse in *Rév. de Chirurgie.*)

Etude macroscopique. — Les nodosités des cornes utérines, plus souvent bilatérales et symétriques, se rencontrent avec plus de prédilection à droite qu'à gauche.

Leur volume dépasse rarement la grosseur d'une noisette. Leur couleur est tantôt blanche et d'aspect fibreux, tantôt d'aspect bigarré, laissant voir des taches rouges.

On constate toujours quelques lésions concomitantes, par exemple, des adhérences en cas de nodosités inflammatoires. Un hydrosalpinx, pyosalpinx, hématosalpinx.

du côté de la trompe est presque de règle. Cette distension de la trompe, d'après les remarques et observations de notre maître, M. le professeur Tixier, serait intermittent.

L'atteinte des annexes dans l'adénomyomatose de l'utérus n'a rien d'étonnant.

« Constantin Daniel (Rev. de Gyn. 1903), dit que les différentes parties de l'appareil génital sont réunies entre elles si intimement, au point de vue anatomophysiologique, que la même solidarité peut s'observer dans les cas pathologiques. Aussi, quand l'une des différentes parties de l'appareil génital subira une altération morbide, toutes les autres parties s'en ressentiront par contre-coup. »

Funke dit que les états pathologiques des annexes sont une complication presque de règle avec les adénomyomes.

La constatation de ces auteurs est très juste et on rencontre des altérations des annexes surtout dans les cas d'adénomyomes des cornes utérines.

Voici, par exemple, les lésions trouvées dans notre troisième observation : Avec une pelvipéritonite, des adhérences fibromateuses, ferment le Douglas, bloquant les annexes contre le ligament large. Ovarite sclérokyssique et hydrosalpinx des deux côtés.

La réaction pelvipéritonéale était telle qu'on a trouvé des lésions même du côté de l'appendice. Ce dernier était gros et turgescant.

Dans notre deuxième observation nous trouvons l'existence d'un kyste de l'ovaire gauche et oblitération de la trompe du même côté. La distinction entre les adéno-

myomes et les myomes ordinaires, nécessaire à connaître, est la suivante :

Les adénomyomes se continuent sans aucune ligne de démarcation avec le tissu voisin utérin. On dirait des « Fibroïdes utérins infiltrés », (infiltrirte uterus fibroïde),

Les myomes tumeurs arrondies (myomes sphériques « Kugelmyom »), sont nettement délimités et, par conséquent, sont facilement énucléables.

Etude anatomique. — Au point de vue anatomique, on distingue des adénomyomes circonscrits et des adénomyomes diffus.

1° Adénomyomes circonscrits. — Ils siègent dans les parois utérines, au niveau des couches externes. Leurs lieux d'élection sont principalement les cornes utérines. Ils sont bilatéraux et, quelquefois, l'un à côté de l'autre, séparés par une espèce de collier.

Ils constituent généralement des nodosités de petit volume pouvant rarement, comme nous l'avons déjà relaté, acquérir des plus grandes dimensions.

Les adénomyomes ne sont pas facilement énucléables.

Ils infiltrent leur périphérie dans le tissu utérin dont on les sépare difficilement.

On distingue deux sortes d'adénomyomes :

1° Les adénomyomes simples ;

2° Les adénomyomes télangiectasiques présentant de nombreux vaisseaux sanguins, dilatés et gorgés de sang.

Etude histologique. — Les adénomyomes sont formés par deux éléments :

1° Les cavités glandulaires ;

2° Le tissu fibromyomateux qui les enveloppe. Les tubes glandulaires surtout nombreux dans les parties centrales de la tumeur.

Le revêtement épithélial de ces tubes est constitué par de cellules cylindriques munies en général de cils vibratiles.

Autour des tubes épithéliaux, le tissu musculaire se dispose en couches concentriques.

Dans quelques cas, et principalement dans les tumeurs des cornes utérines, il n'existe pas d'ordonnement des cellules musculaires autour de la substance adénomateuse.

2° **Adénomes diffus.** — Cette forme est plus rare encore que la précédente.

On la rencontre sous forme d'épaississement, d'infiltration de toute la paroi de l'utérus.

R. Meyer divise les adénomyomes des cornes utérines en deux catégories, suivant que ces nodosités prennent naissance à la portion tubaire qui pénètre les cornes utérines et qui contient des éléments glandulaires, comme la muqueuse utérine. Du reste, la muqueuse de la trompe, à cet endroit, se confond avec celle de l'utérus. A l'autre catégorie appartiennent les tumeurs qui prennent naissance sur le reste de la trompe et qui ne possèdent pas d'éléments glandulaires.

Cette portion extra-utérine de la trompe est dépourvue de glandes. Par contre, elle présente le début des plis muqueux, et elle est souvent contournée.

Elle possède enfin sa « *muscularis muscosæ* » qui se prolonge circulairement vers la partie médiane.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE

La pathogénie des tumeurs des cornes utérines n'est pas encore nettement déterminée.

Diverses théories ont été successivement données :

1° **Origine inflammatoire.** — Il est à remarquer que l'inflammation simple, ainsi que l'inflammation d'origine tuberculeuse peuvent plus spécialement se localiser au niveau de la portion interstitielle de la trompe.

L'explication de ce phénomène n'a pas pu encore être expliqué d'une façon bien nette.

Un fait à considérer, c'est que la blennorrhagie frappe encore assez souvent les cornes utérines.

Par l'observation suivante, Franqué élimine l'origine congénitale et soutient la cause inflammatoire : « Femme laparatomisée deux fois dans l'espace d'un an, alors qu'à la première intervention les annexes ne présentaient rien d'anormal; dix-neuf mois après, on

trouvait au niveau des deux cornes de l'utérus des nodosités.

L'examen histologique de ces tumeurs a révélé un caractère adénomyomateux. »

Kosman (Zeit. fut. Geb. n. Gyn. XXVII, 1897), fournit un cas analogue.

Il prétend que la coexistence des lésions inflammatoires, soit en période d'évolution (par exemple comme dans l'observation III) soit éteintes, n'est pas sans valeur pour l'hypothèse.

Franqué ayant observé des nombreux cas chez des prostituées atteintes de blennorrhagie, admet comme nature de cette inflammation, le gonocoque. Bulin attribue l'origine de ces tumeurs à la tuberculose et Hega signale la fréquence des nodosités dans la tuberculose des organes génitaux.

2° Origine congénitale. — Les différents auteurs ne sont pas d'accord. Les uns, avec Ricklinghausen et Pik, pensent que les nodosités des cornes utérines naissent aux dépens des canalicules aberrants du rein primitif, ou du corps Wolffien. Les autres, avec Kosman, rejettent cette théorie. Ils attribuent aux inclusions de l'épithéliome du canal de Müller, la naissance de ces petits corps.

Tout récemment, Féroni a admis l'origine, également Müllérienne, de certains adénomyomes, et cela, par la présence de la réaction déciduale. Pour Beigel, Dohrn, Voigt, etc., les adénomyomes auraient pour origine des débris des canaux de Gärtner.

Ces auteurs considèrent l'inflammation comme une cause occasionnelle.

Les tumeurs des cornes utérines et des trompes reconnaîtraient comme origine le parovaire, alors que les tumeurs volumineuses du corps utérin se développeraient aux dépens du paroophoron.

Lockstadt prétend que deux éléments concourent à former les nodosités adénofibromateuses des cornes utérines : « L'élément glandulaire et le fibro-muscle ». Lequel se développe le premier ? Ricklinghausen, Kosman, Ribbert, etc., croient que le tissu musculaire se développe secondairement, sous l'influence de la prolifération glandulaire.

Schottlander, est d'avis que le myome précède le développement de l'adénome. Ce myome provoque, par irritation, une endométrite hyperplasique, les glandes pénètrent dans les fibres musculaires et forment ainsi un adénomyome.

De tous ces faits, il faut conclure que tous les adénomyomes n'ont pas une pathogénie univoque. Les uns, ceux qui siègent dans les couches sous-séreuses, ont probablement une origine congénitale ; d'autres, ceux qui sont voisins de la muqueuse, ont souvent une origine inflammatoire et dérivent d'un bourgeonnement actif des glandes de la muqueuse.

Ces diverses théories sont exposées dans les travaux de Chrysopathes (1901), et, plus récemment (1910), dans les œuvres de Wakasagi, qui admet aussi bien, comme origine de ces tumeurs, les canaux de Gärtner.

Parmi les causes prédisposantes, on peut citer les vices de constitution, l'hérédité, l'endométrite glandulaire hyperplasique (Veit), l'accouchement, l'avortement (?), les métrites. Bref, toute cause qui a pour but

de produire et provoquer une affluence sanguine dans les organes génitaux. Il faut également citer parmi les causes prédisposantes, la tuberculose.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur TIXIER)

Douleurs pelviennes persistantes, exacerbées au moment des règles. Stérilité. Jamais d'infection génitale, troubles intestinaux. Première intervention: appendicectomie et salpingotomie et ablation de l'ovaire à droite pour nodule fibreux de la trompe. Deuxième intervention castration totale. Nodule fibreux de la trompe gauche, ovaire sclérokystique).

Madame X..., 36 ans. Appartient à une famille de goutteux. Père mort, à 54 ans, d'accidents goutteux multiples. Personnellement a eu plusieurs accès de goutte typiques, à manifestation au niveau du gros orteil, et à localisation, dès l'âge de 13 ans, au niveau du genou droit.

Réglée à 12 ans, sans incident. Les règles étaient régulières, sans abondance anormale.

Mariée à 20 ans. Peut-être une fausse couche de quelques semaines au début de son mariage : mais à ce moment elle eut une scarlatine grave qui peut expliquer les retards et irrégularités menstruelles : albuminurie post-scarlatineuse.

Jamais de grossesse alors que la santé était parfaite et qu'aucun trouble dans la sphère génitale ne pouvait expliquer cette stérilité qui attristait beaucoup la malade. D'août 1914 à novembre 1916, fatigues extrêmes, causées par un service très pénible dans une formation de la Croix-Rouge, et amaigrissement très notable, perte des forces, et de l'appétit : troubles intestinaux, diarrhée traitée pour de l'entérite.

Les règles deviennent de plus en plus douloureuses, obligeant la malade à garder le lit. De plus, apparition de pertes blanches abondantes.

Deux à trois fois au moment des règles, nausées, ballonnement du ventre, douleurs irradiées dans les reins, s'accompagnant d'une légère élévation de température : 38°-38°9.

Lors d'un voyage dans la zone des armées, où la malade était allé voir son mari qui était sur le front, en novembre 1915, véritable poussée de pelvi-péritonite qui oblige la malade à s'aliter plusieurs jours. L'impossibilité de faire aucun effort pénible oblige la malade à cesser, en novembre 1916, son service à la Croix-Rouge.

A ce moment, M. le professeur Tixier examine la malade, à l'occasion d'une poussée aiguë qui l'a obligée à garder le lit. La température oscille entre 38°8 le soir, et 37°3 le matin.

Les phénomènes digestifs sont très prononcés : la perte de l'appétit est absolue, par suite l'amaigrissement progressif.

Cependant l'examen des organes génitaux ne révèle aucune lésion en évolution. Rien au foie, rien à l'appareil urinaire, rien à l'estomac.

Le maximum des douleurs siège au niveau de la région sous-ombilicale et spécialement à droite.

Le toucher vaginal décèle :

Un utérus de volume normal, en position horizontale sans rétroflexion, ni rétroversion ; il est mobile. Sa mobilisation légèrement douloureuse.

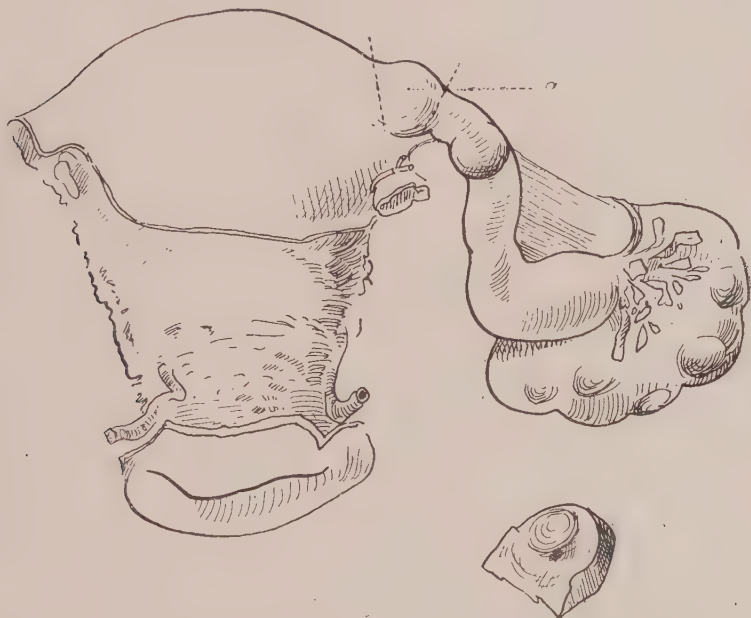
A gauche : aucune lésion annexielle.

A droite : pas de salpingite en évolution, mais l'ovaire est manifestement volumineux, très sensible quoique mobile. La pression au niveau des annexes détermine des douleurs, qui, à droite, s'irradient du côté du cœcum autant que du côté de la face interne des cuisses.

Aucune tuméfaction au niveau de l'appendice : le cœcum est gros et sensible, il n'y a jamais eu dans les antécédents d'incidents digestifs pouvant faire supposer une localisation aiguë sur l'appendice.

Repos absolu au lit, glace sur le ventre.

Au bout de 15 jours, les réactions abdominales sont moins vives, mais la température est toujours le soir au-dessus de



Dû à l'obligeance de M. le Professeur agrégé P. BONNET

38°. Un médecin des hôpitaux de Paris, appelé en consultation, conseille l'ablation à froid de l'appendice.

Au bout d'un mois la malade peut se lever et la température est tombée : mais elle continue à souffrir des reins et du bas-ventre, surtout au moment des règles. Très souvent la température remonte le soir à 38°-38°2.

Une légère amélioration se maintient pendant quelques semaines, mais la malade est incapable de mener une vie active : elle réclame elle-même une intervention.

M. le professeur Tixier, qui suit la malade, n'accepte d'in-

Intervenir sur l'appendice qu'à condition de faire une laparotomie qui permettra d'explorer tous les organes du petit bassin.

Intervention : Mai 1917. Laparotomie par l'incision de Pfannenstiel. On pratique d'abord l'appendicectomie, qui permet de reconnaître, un appendice légèrement enfoui sous des adhérences filamenteuses péritonéales. Les lésions sont peu prononcées.

Examen du système génital : A droite, comme à gauche, les trompes sont saines, à pavillon libre et béant. L'ovaire gauche présente quelques petits kystes ; il est gros. A droite l'ovaire est volumineux, manifestement scléro-kystique, du volume d'une grosse noix. L'utérus, un peu gros, pour une femme qui n'a jamais eu d'enfant, est minutieusement palpé et examiné. Rien au fond ni au niveau de l'isthme. Mais au niveau des deux cornes, petits nodules fibreux, gros à droite comme un gros grain de seigle, plus petit à gauche, encerclant exactement la trompe au niveau de l'ostium uterinum.

C'est sans doute la cause des douleurs si vives au moment des règles. Que faire ?

Une castration totale est terrible chez une femme jeune encore qui espère toujours en la possibilité d'une grossesse. Cependant les lésions de l'appendice ne semblent pas pouvoir expliquer tous les symptômes, depuis si longtemps observés.

Comme les lésions sont beaucoup plus prononcées à droite qu'à gauche, on se décide pour un moyen terme. On pratique la salpingectomie unilatérale droite avec ablation de l'ovaire droit qui est scléro-kystique. On enlève la trompe en taillant en coin dans la corne utérine droite pour pratiquer l'ablation large du nodule fibreux.

Hémostase soignée. Fermeture totale du ventre.

Suites opératoires parfaites sans aucun incident notable, sauf une rétention vésicale qui dure plusieurs jours. La malade quitte la Maison de Santé au 20^e jour.

Convalescence rapide et parfaite. Trois semaines après son opération, la malade pouvait reprendre sa vie mondaine.

L'état général redevient rapidement parfait : appétit excellent, possibilité de se livrer à nouveau aux sports les plus violents. Cette transformation persiste pendant le printemps et l'été 1917. Les règles étaient, cependant, toujours doulou-

reuses et il persistait un mauvais fonctionnement de l'intestin. Selles mal liées, fréquentes surtout la nuit.

En automne 1917, nouvelles crises douloureuses abdominales au moment et même dans l'intervalle des règles : le maximum des douleurs siège nettement à gauche, et s'irradient le long du côlon descendant. Langue saburrale persistante, amaigrissement, poussées fébriles très fréquentes à 38° - $38^{\circ}2$, vers 5 à 6 heures du soir, non modifiées par le repos au lit ou sur la chaise longue. M. Bouveret, consulté, croit à de la colite et rattache aux phénomènes intestinaux les douleurs et l'amaigrissement. Un régime alimentaire sévère est institué : pas d'amélioration.

M. Tixier examine, à plusieurs reprises, la malade. Au point de vue gynécologique, l'utérus est peu volumineux, très mobile. Pas de salpingite perceptible mais l'ovaire gauche est de plus en plus volumineux. Pas de pelvi-péritonite appréciable. Même état pendant les premiers mois de 1918. La malade, toujours souffrante, réclame une intervention radicale.

Deuxième intervention (21 mars 1918) : M. le professeur Tixier repasse par l'incision de Pfannenstiel. Aucune adhérence anormale au péritoine pariétal antérieur. Au niveau de la corne utérine gauche, le petit nodule fibreux constaté lors de la première intervention a notablement augmenté. La trompe correspondante paraît nettement enserrée au niveau de sa portion interstitielle, elle est un peu volumineuse, mais son pavillon est libre. L'ovaire gauche, seul restant, est nettement scléro-kystique : il est volumineux, mais libre, sans adhérences. Un peu de liquide en quantité anormale dans le Douglas.

Une hystérectomie avec ablation des annexes gauches est pratiquée. Suites parfaites sans incident. Convalescence très rapide.

La malade reprend rapidement de l'embonpoint et déclare ne plus souffrir de son côté gauche et ne plus présenter aucune irradiation du côté de l'intestin à gauche, ni du côté des reins.

Point intéressant : les troubles intestinaux ont complètement disparu, plus de selles liquides, une seule évacuation par jour, des plus normales.

Depuis cette deuxième opération, la malade a engraisé; elle n'a plus aucun trouble dans la sphère génitale.

Elle conserve une tendance à avoir une élévation de température à 37°8-38°, l'après-midi, vers 5 heures.

Examen de la pièce. : La trompe et l'ovaire droits, enlevés en 1917, n'ont pas été conservés; l'adénomyome avait le volume d'un gros pois.

Pièces conservées de la 2^e opération (1918). — Utérus de volume et de consistance normale. Col à orifice normal, rien à l'isthme. Pas d'endométrite. L'ovaire a presque totalement subi la dégénérescence scléro-kystique. La trompe a son pavillon ouvert: petit nodule sur son tiers inférieur, recueilli.

L'adénomyome est du volume d'un pois.

Examen histologique (dû à l'obligeance de M. Michon). — Il s'agit d'un adénomyome :

Au centre de la préparation, coupe de la muqueuse de la corne utérine. Tout autour d'elle tissu musculaire lisse normal, mais au milieu de ce tissu, éléments épithéliaux au milieu des fibres musculaires. Ils ont sur la coupe un aspect arrondi ou allongé, une seule couche de cellules cylindriques, seules, ou groupées par amas de 2-6.

Le petit nodule, pris à la partie moyenne de la trompe, révèle une nature adénomyomateuse.

OBSERVATION II (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur TIXIER)

Fibrome au devant de la corne utérine droite. Adéno-fibrome de la corne utérine gauche : gros ovaire scléro-kystique gauche. Pfannenstiël, hystérectomie : conservation de l'ovaire droit.

Mlle D... M..., 26 ans, institutrice.

Envoyée à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, par M. le professeur Tixier, le 14 octobre 1919.

A. H. — Père et mère âgés de 54 et 50 ans. Père souffre d'affection pulmonaire chronique. Un frère, âgé de 3 ans, en

bonne santé. Une sœur de 22 ans (souffre également au moment de ses périodes menstruelles). Un frère âgé de 13 ans.

A. P. — La malade prétend n'avoir jamais été malade et ne présente aucun antécédent bacillaire personnel. Réglée à 12 ans, d'abord très régulièrement et normalement. Puis trois mois après, la malade commence à éprouver une crise douloureuse le 3^e jour de chaque période menstruelle : douleur siégeant uniquement dans la fosse iliaque gauche. Parfois ces crises provoquaient des nausées et des vomissements bilieux. Les règles étaient normales et duraient 4 jours environ. Dès l'âge de 12 ans, chaque période menstruelle était donc très douloureuse. Entre chaque période, rares pertes blanches. Il y a trois ans, pleurésie droite d'une durée de 3 mois, non ponctionnée. Pendant les deux années qui ont suivi, les règles ont cessé d'être douloureuses. Puis en février 1919, les douleurs recommencent, siégeant toujours dans la fosse iliaque et survenant deux jours après des règles qui, d'ailleurs, étaient normales comme abondance et durée. Devant la persistance de ces douleurs, la malade va consulter M. le professeur Tixier qui la fait rentrer dans son service à l'Hôtel-Dieu.

Toucher vaginal : Malade vierge. Utérus un peu gros en antéflexion, pas très mobilisable. Douglas infiltré avec gros ovaire gauche.

Examen des urines : Pas d'albumine.

Intervention : Le 18 octobre 1919, Pfannenstiel : A l'ouverture du ventre on aperçoit une masse grosse comme une mandarine, à aspect bleuté, recouverte de séreuse. C'est un fibrome implanté exactement en avant de la corne utérine gauche, refoulant en arrière l'implantation de la trompe et étalant le ligament rond.

Il s'agit d'une femme de 24 ans, fiancée : on décide donc de tenter une énucléation du fibrome avec conservation de l'utérus. Celle-ci s'exécute correctement. Mais alors on découvre un fibroadénome oblitérant la trompe droite et enfin un kyste (mandarine) développé au dépens de l'ovaire gauche. Il faut donc pratiquer une hystérectomie subtotale, une des annexes à gauche avec conservation de l'ovaire droit. Suites opératoires parfaites. La malade n'a pas été revue.

Examen histologique : Il s'agit d'un myome simple. Le tissu conjonctif est normal, pas d'éléments fibromateux, pas d'élément épithélial, pas d'adénome (examen histologique dû à l'obligeance de M. Michon).

OBSERVATION III (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur TIXIER)

Adéno-fibromes bilatéral des cornes utérines. Salpingites kystiques. Pfannenstiel. Hystérectomie totale et appendicectomie.

Mme B... F..., âgée de 45 ans, entre à la Clinique chirurgicale de M. le professeur Tixier, salle Sainte-Anne, pour crises douloureuses abdominales datant de trois mois (3 août 1920).

Antécédents : Cicatrices d'adénites cervicales de l'enfance. Bronchite au sommet gauche ayant duré plusieurs années et accompagnée de troubles de l'état général.

Vieille rhumatisante, avec poussées multiples, une vieille sciatique gauche dont elle souffre encore.

Un passé gastrique peu définissable : pesanteur, congestion faciale dans l'intervalle digestif, mais jamais à siège précis. Pas d'ictère, ni douleur dans l'épaule droite.

Mariée, une grossesse. Bien réglée tous les vingt-cinq jours, règles douloureuses avec irradiations dans la cuisse droite.

L'affection actuelle a débuté il y trois mois ; 3 crises de coliques abdominales, douloureuses, à début brusque, dans la fosse iliaque droite, avec vomissements. Constipation, élévation de température à 39°, et durée de quatre à six jours. La première crise date de trois mois. La suivante à un mois d'intervalle et la dernière, il y a quinze jours. A signaler que ces trois crises ont coïncidées avec le début des règles.

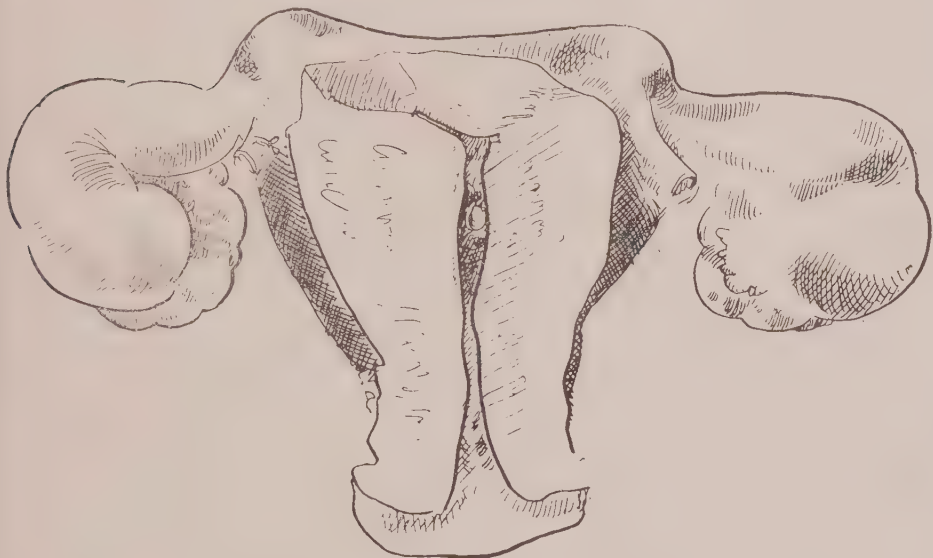
A l'examen, la malade a le teint un peu pâle, 37°4. Abdomen souple. Point douloureux localisé au Mac-Burney, pas de point vésiculaire. Foie normal.

Toucher : 17 juillet 1920. Utérus en antéflexion. Col farci

d'œufs de Narboth, non ouverts. Corne gauche et annexes gauches un peu douloureux. Corne droite, idem. Annexe droite haut située, du volume d'une mandarine, molle, fluctuante, un peu douloureuse (au point de Mac Burney).

Diagnostic : Annexite droite ? Appendicite ? Indication d'un Pfannenstiël.

Intervention : Le 22 juillet 1920. En raison de l'annexite gauche, il est indiqué d'explorer largement l'abdomen :



Dû à l'obligeance de M. le Professeur agrégé P. BONNET

Anesthésie générale à l'éther, tube de Mayo. Pelvi-péritonite séreuse abondante.

Adhérences filamenteuses, fermant le Douglas, bloquant les annexes contre le ligament large : *Des deux côtés, ovarite scléro-kystique et hydrosalpinx mou*, non tendu, que l'on dégage facilement au dehors. On s'aperçoit alors qu'il existe un adéno-fibrome des trompes et on évite soigneusement les prises à ce niveau.

Castration totale avec hystérectomie totale par le procédé américain.

Hémostase soignée, un peu difficile, car la pelvi-péritonite était encore en évolution. Pourquoi la malade souffrait-elle au point de Mac Burney ? On attire le cœcum : l'appendice est peu gros, turgescant, mais ne semble pas présenter des lésions endo-appendiculaires, ni de ses parois. Seulement il existe des réactions de pelvi-péritonite qui ont occasionné, jusqu'autour de l'appendice, l'enveloppement d'un lacin filamenteux.

Appendicectomie à l'ordinaire.

Examen de la pièce : On constate de chaque côté, à l'abouchement des trompes, des petits noyaux adéno-fibromateux, plus diffus à droite qu'à gauche, où ils apparaissent sous forme d'un petit grain de blé.

A l'ouverture des trompes des deux côtés, liquide citrin, clair, non purulent. Le cathétérisme est impossible, au niveau de l'*ostium uterinum*. A la section, au niveau des cornes, on trouve deux nodules fibreux des dimensions d'un gros noyau de cerise. Ils semblent, par leur développement, dévier et diminuer le calibre du conduit. Au niveau du reste de l'utérus on ne constate pas d'endométrite. Au niveau du fond, muqueuse un peu congestive, pas de noyaux fibreux au niveau du corps.

Le 12 août : La malade quitte l'hôpital.

19 août : Elle revient se faire examiner. Elle va bien, elle a cependant des pertes jaunes, un peu hémorrhagiques parfois. Elle prétend avoir un peu de température vespérale.

18 septembre : La malade se plaint de douleurs abdominales (fosse iliaque droite surtout). Elle est toujours pâle et se remet difficilement à son métier de couturière. Elle n'a plus de température vespérale. A l'examen, la cicatrice abdominale est parfaite, libre du vagin et souple, et non douloureuse.

La palpation de la région appendiculaire réveille un peu de douleur.

Examen histologique. — L'examen microscopique montre que les deux tumeurs sont constituées exactement de la même façon.

« Il s'agit d'adénomyomes typiques :

Au milieu d'un tissu musculaire lisse hyperplasié se voient

par place, dans des interstices conjonctifs, des éléments adénomateux, formés par une seule couche de cellules cubiques et se présentant à la coupe sous les formes les plus diverses. Ces éléments sont relativement rares et ne constituent généralement qu'un seul tube adénomateux en chaque point. (Examen histologique dû à l'obligeance de M. Michon).

OBSERVATION IV (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur TIXIER)

Subocclusion du côlon descendant d'origine gynécologique. Fibrome multilobé, à droite salpingo-ovarite cicatricielle rétractile ; à gauche, hydrosalpinx multi-kystique causé peut-être par un petit adéno-fibrome développé au niveau de la corne utérine gauche.

Mlle P... M..., 50 ans, entre à la Clinique de M. le professeur Tixier (salle Sainte-Anne), le 10 juillet 1920, pour des douleurs abdominales quotidiennes, localisées à gauche, datant de quatre mois environ et apparaissant à des moments variables de la journée.

Dans les antécédents héréditaires, on note : mère morte de cancer de l'utérus.

Antécédents personnels : N'accuse aucune maladie antérieure, mais a toujours été sujette aux migraines et névralgies (faciale notamment). Célibataire, pas d'enfants, pas de fausse couche. Bien réglée à 13 ans environ, très régulièrement et normalement jusqu'à 40 ans.

A cette date, la malade constate des pertes blanches dans l'intervalle de ses périodes. Puis, huit ans plus tard, en 1918, la malade constate que ses règles sont beaucoup plus abondantes durant une huitaine de jours et s'accompagnant d'un fort écoulement sanguin avec rejet de caillots sanguins, d'odeur parfois fétide. A noter que toujours, depuis son enfance, la malade a souffert au moment de ses règles. Depuis quatre mois des douleurs assez vives ont apparû dans la fosse iliaque gauche, s'irradiant parfois dans les reins, sans rapport avec les périodes menstruelles, et non influencées par elles.

Pas de constipation. N'a jamais présenté de troubles digestifs.

Toucher sous anesthésie : Utérus fibromateux.

Intervention (le 3 août 1920) : En raison de la poussée douloureuse et occlusive sur le côlon descendant, on pratique une



Dû à l'obligeance de M. le Professeur agrégé P. BONNET

incision longitudinale médiane au lieu du Pfannenstiell ordinaire.

A l'ouverture du ventre on constate à gauche, intimement accolé au côlon descendant, une masse qui ressemble à un kyste de l'ovaire tordu. En réalité, rapidement on s'aperçoit qu'il s'agit d'un hydrosalpinx gauche développé aux côtés de l'utérus fibromateux. On libère d'abord les annexes gauches, les enveloppes sont intimement accolées au bord gauche du côlon descendant. On est obligé de disséquer sur au moins deux travers de doigt le côlon qui fait comme partie de l'enveloppe de l'hydrosalpinx, puis on pratique l'hystérectomie abdominale totale, laquelle rendue pénible et difficile par le fait qu'à droite la trompe droite croisée dans le Douglas est enrobée d'adhé-

rences fibreuses très dures et très vascularisées qui ferment complètement le Douglas. Une lanière de gaze introduite dans le Douglas et maintenue au contact des points saignotants dans le Douglas. La péritonisation haute, en fixant le péritoine en haut du rectum. A gauche, on est obligé d'enfouir avec soin au contact du ligament large la portion du côlon descendant primitivement adhérente. Fermeture totale du ventre à l'ordinaire. Drain dans le tissu cellulaire graisseux très épais.

Examen histologique : Il s'agit d'un myome simple.

CHAPITRE V

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

La constatation des nodules fibreux au niveau des cornes utérines à l'embouchure des trompes constitue, soit une découverte d'autopsie; soit une trouvaille opératoire. Il semble impossible de dessiner actuellement un tableau clinique assez précis de cette affection pour permettre d'en établir le diagnostic.

En pratique, le chirurgien trouve ces nodules tubaires dans deux conditions.

1^{re} Les symptômes objectifs et subjectifs auront permis de reconnaître une affection gynécologique bien définie, fibrome, salpingo-ovarite, petit kyste de l'ovaire, et une opération aura été décidée contre une de ces affections; au cours de l'intervention, on découvre en plus de l'affection en cause, des nodules des cornes utérines. C'est alors un épiphénomène, soit au point de vue des symptômes qu'a présenté antérieurement la malade, soit au point de vue des indications immédiates

de thérapeutique chirurgicale. A vrai dire, c'est cette seule considération qui devient importante, en ce sens que l'opérateur pourra être conduit à pratiquer une opération plus radicale que celle qui aurait été parfois nécessaire pour enlever la maladie diagnostiquée. (Exemple : Observation II).

2° En présence d'une malade qui aura des troubles abdominaux variés, résistant à tous les traitements médicaux et de petite gynécologie médicale, alors que les signes locaux fournis par l'examen sont mal définis, le chirurgien est conduit à pratiquer une laparotomie exploratrice. Il découvrira des adénomyomes des trompes. Sera-t-il possible de reconstituer, par une critique minutieuse et sévère des troubles accusés par la malade, la symptomatologie propre au développement des nodules fibreux au niveau des trompes ? Répondre avec certitude nous semble impossible. C'est par élimination qu'il devra procéder pour esquisser, en le reconstituant, ce tableau clinique.

Menstruation. — Pas de modification au point de vue de la régularité, ni au point de vue de l'abondance des règles. Mais, symptôme capital, les règles sont douloureuses. Les douleurs précèdent l'écoulement du sang, elles ne sont pas modifiées par l'établissement du flux menstruel. Elles durent autant que lui, parfois même les douleurs persistent après son arrêt.

Les douleurs sont pelviennes avec irradiations intenses dans les lombes, la face antérieure des cuisses, voire même, au niveau du coccyx. Elles sont très peu modifiées par le repos et par les petits moyens ordinaires : applications chaudes sur le bas-ventre, etc. Elles ne s'accompa-

gnent pas de signes habituels à la réaction péritonéale. Pas de nausées, pas de vomissements, pas de troubles de la vessie et de l'intestin. Nous dirons que chez une de nos malades, ces troubles intestinaux étaient chroniques, puisqu'ils donnaient les troubles ordinaires à l'appendicite chronique.

Il n'y a pas d'élévation notable de la température au moment des règles, il est du reste si fréquent de constater une légère élévation thermique, à 37°6-37°8 chez les gynécologiques (non infectées), pendant la période menstruelle.

L'examen pratiqué pendant cette période douloureuse, peut donner quelques renseignements importants : Le toucher vaginal ne révèle aucune sensibilité particulière du Douglas et des culs-de-sac vaginaux, le péritoine pelvien inférieur ne réagit pas. La mobilisation de l'utérus est conservée, elle est légèrement douloureuse; rien du côté du col.

Le toucher combiné permet de reconnaître l'absence de toute défense de la paroi, donc l'absence de réaction péritonéale, la facilité de mobilisation de l'utérus et des annexes. Mais un signe important doit attirer l'attention du clinicien : La palpation du fond utérin est pénible et parfois réellement douloureuse.

Alors que le fond utérin paraît normal de volume et de forme, la pression exercée à son niveau, lorsqu'on arrive à le saisir exactement entre la main abdominale et le doigt vaginal, révèle une sensibilité exquise surtout de chaque côté, au niveau des trompes. Cette constatation est de première importance, mais il est certain que, pour qu'elle ait toute sa valeur, il ne faut pas qu'il

existe en même temps, une dilatation des trompes ou une augmentation de volume des ovaires, signe banal d'une salpingo-ovarite.

Or, cette dilatation de la trompe peut exister par compression simple de l'ostium utérinum, dans le cas d'adénomyomes, alors, il n'est pas étonnant que la pression sur la corne utérine soit douloureuse.

Stérilité. — Il est rationnel d'admettre que la présence de nodules fibreux au niveau des cornes utérines, constitue une bien mauvaise condition à la fécondation.

Nos observations ne sont pas assez nombreuses pour que nous puissions nous faire une opinion. Une de nos opérées, mariée depuis 17 ans, n'avait jamais eu de grossesse, alors qu'aucune infection n'avait jamais atteint son appareil génital, que le col, l'isthme et la cavité utérine étaient de disposition normale.

Symptômes en dehors des périodes menstruelles. — Dans le cas d'adénomyomes des cornes utérines, non compliquées de lésions annexielles, les symptômes subjectifs sont nuls. Cependant, une de nos malades souffrait constamment du ventre et la moindre fatigue exagèrait ce symptôme.

Comme dans la plupart des affections gynécologiques il y a retentissement sur les fonctions digestives : inappétence, langue saburrale, constipation, ou alternative de diarrhée et de constipation. Une de nos opérées (Obs. I), avait au maximum, ce syndrome intestinal, et, alors que l'appendice semblait devoir être incriminé, son ablation n'a pas fait disparaître ces troubles. Seule, la castration totale a complètement débarrassé la malade de ses troubles digestifs persistants.

Cependant il n'existait aucun reliquat de pelvi-péritonite, aucune bride inflammatoire péri-colite qui, si souvent, sont, pour notre maître, M. le Professeur Tixier, la cause des troubles intestinaux chez les femmes à infection gynécologique mitigée. (M. le professeur Tixier, thèse de Durlaton, Lyon 1920).

L'examen gynécologique, même exécuté à plusieurs reprises et dans les conditions les plus variées, ne donne pas de renseignements précis. Quand on perçoit des annexes tuméfiées et sensibles, des trompes ou des ovaires augmentées de volume, le chirurgien rapportera naturellement à ces modifications anatomiques tous les troubles accusés. C'est seulement lorsque les annexes paraîtront saines, lorsque l'utérus sera de volume et de consistance normale, qu'il faut attacher une grande importance à la constatation d'un point douloureux très limité au niveau des cornes utérines.

Nous avons déjà insisté sur la valeur de ce signe dans l'examen pratiqué au moment des règles; il est encore plus important d'en constater l'existence en dehors de l'époque menstruelle. Parfois, la malade précisera elle-même le point fixé douloureux, qu'elle accuse dans le bas-ventre : point remarquablement fixé.

Enfin, l'impuissance de toute médication antiphlogistique susceptible d'améliorer ce symptôme douleur, peut faire supposer l'existence d'un adénomyome de la trompe.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Etant donné qu'il est cliniquement impossible de faire le diagnostic d'adénomyome des cornes utérines, non compliqués d'autres lésions annexielles ou utérines, le traitement se résume à discuter la conduite opératoire à adopter lorsque le ventre est ouvert et que le chirurgien découvre ces petits nodules.

Dans la plupart des cas, ce sont les lésions annexielles : distension des trompes, salpingites vraies, l'état des ovaires, ovarite scléro-kystique, kyste de l'ovaire; la présence d'autres fibromes ou adénomyomes utérins, qui imposent le mode opératoire.

Les adénomyomes des cornes ne sont que des épiphénomènes qui invitent le chirurgien, surtout lorsqu'ils sont bilatéraux, à être radical de propos délibéré.

Ainsi, chez la jeune malade de l'observation II, en présence d'un fibrome énucléable de la paroi antérieure de l'utérus, une myomectomie conservatrice avait été exécutée lorsqu'on découvrit la présence des deux adénomyomes oblitérant les trompes, et l'existence d'un kyste

de l'ovaire droit. La conservation n'était plus de mise. M. le professeur Tixier exécuta une hystérectomie avec conservation de l'ovaire sain : en raison du jeune âge de la malade, et du fait qu'elle allait se marier, il se contenta d'une hystérectomie sub-cervicale. (Sa pratique habituelle est d'exécuter, en dehors de ces conditions toutes particulières, l'hystérectomie totale). C'est la seule opération rationnelle qui assure le présent et l'avenir.

Le cas plus intéressant et qui prête plus à discussion, est réalisé lorsque l'utérus est sain et les annexes aussi, et que la lésion gynécologique semble être uniquement constituée par l'affection des cornes utérines. Si l'adénomyome est « unilatéral », il n'y a pas à hésiter, il faut exécuter la salpingectomie unilatérale en taillant un coin dans la corne utérine malade pour enlever largement et en bloc, la trompe interstitielle et le petit nodule y attenant. L'hémostase sera minutieuse, et surveillée un long temps avant de refermer la paroi.

Se méfier de l'action hémostatique exercée par la traction en haut sur l'utérus, tandis qu'on pratique ces sutures de la tranche de section. Quand on laisse reprendre sa place dans le pelvis, une hémorragie tenace peut se produire.

Quand les lésions sont « bilatérales » et que la femme est jeune, le problème est plus angoissant. Peut-on faire de la conservation ? Tout dépend d'abord de l'état des trompes et des ovaires. Si ces organes sont malades, ovarite sclérokystique, trompes oblitérées, il faut être radical et pratiquer la castration totale avec hystérectomie totale.

Mais si les trompes et les ovaires sont sains, on doit tenter, chez une femme jeune, une opération conservatrice. Des deux côtés, ou du côté au moins où l'ablation de l'adénomyome ne conduit pas à entamer trop largement la corne utérine, on enlèvera en coin, le tissu utérin, puis, la trompe étant réséquée dans tout son trajet interstitiel, on pratiquera son implantation dans la cavité utérine.

M. le professeur Tixier se rappelle avoir exécuté une fois cette opération chez une jeune femme. Il a eu l'occasion de la revoir depuis; elle ne souffrait plus mais elle n'est pas devenue enceinte, il y avait eu salpingectomie du côté opposé. Il nous a été impossible de trouver des observations relatant ce genre d'opération.

Il est certain que cette méthode conservatrice, qui a donné de si jolis succès dans le traitement des lésions inflammatoires des trompes, doit être constamment poursuivie chez des femmes jeunes.

Il faut seulement se souvenir qu'un adénomyome « très petit », ne paraissant pas gêner le fonctionnement de la trompe, est susceptible de rapidement se développer et déterminer des phénomènes conduisant à une intervention radicale.

C'est ainsi que chez la malade de l'observation I, M. le professeur Tixier ayant pratiqué l'ablation de la trompe droite et de l'adénomyome correspondant, plus de l'appendice dont l'infection semblait expliquer une partie des phénomènes morbides, a cru pouvoir laisser, chez une femme jeune, qui réclamait une grossesse, un petit nodule gros comme une tête d'épingle ordinaire, et sous-jacent à la trompe gauche. Un an après, les phé-

nomènes douloureux étaient devenus si intenses que la malade réclamait elle-même l'opération radicale. A la deuxième intervention, on constatait que l'adénomyome avait notablement grossi au niveau de la corne gauche, que l'ovaire correspondant était devenu sclérokystique, et on fut conduit à tout enlever, utérus et annexes gauches. La malade fut définitivement guérie de ses douleurs abdominales.

Malgré ces apparences de bénignité, l'adénomyome des trompes réclame donc une thérapeutique chirurgicale active et souvent radicale.

CONCLUSIONS

I° Les adénomyomes de la trompe sont le plus souvent des trouvailles au cours de l'opération.

II° Dans la très grande majorité des cas, l'acte opératoire a été dirigé contre une affection de l'appareil génital : (utérus ou annexes), bien définie et « diagnostiquée cliniquement ». La présence de l'adénomyome de la trompe n'est plus qu'un épiphénomène. Les indications opératoires deviennent cependant plus radicales quand les lésions sont bilatérales.

III° On peut cependant rencontrer des malades qui, en l'absence de toute lésion utérine, de toute affection des trompes et des ovaires, présentent des douleurs abdominales avec irradiation lombaire tellement tenaces, tellement exacerbées au moment des règles, que l'on doit supposer, surtout si un point douloureux persistant est constaté au niveau des cornes utérines, l'existence d'adénomyome.

IV° Alors exceptionnellement, guidé uniquement par la persistance des symptômes douloureux, et parfois par l'existence des symptômes intestinaux chroniques

((Append. chron. Obs. 1); le chirurgien pratique une laparotomie : il découvre un adénomyome de la trompe ou des trompes.

V° La thérapeutique chirurgicale est alors uniquement guidée par la nécessité de pratiquer l'ablation des petites tumeurs péri-tubaires, causes des accidents abdominaux. Le plus souvent, il faut être radical et exécuter une hystérectomie totale, avec conservation, si possible, des ovaires sains, ou tout au moins d'un ovaire, Souvent il y a des lésions des trompes et des ovaires qui imposent la castration totale.

VI° Chez une femme jeune il est indiqué de pratiquer une amputation en coin de la corne utérine avec implantation de la trompe saine dans la cavité utérine. Nous ne connaissons pas ce que peut donner, au point de vue fonctionnel, une telle opération.

Le Président de la Thèse,
TIXIER.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 5 Mars 1921.

POUR LE RECTEUR ET PAR DÉLÉGATION :
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
L. JOSSERAND.

BIBLIOGRAPHIE

- AUVRAY. — Tumeur fibreuses et myomateuses de la trompe, *Archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie*, 1912.
- ALFIÉRI. — Utero bicornio con adenomyomi Mülleriani multipli uterini e tubarici, *Gynecologia, Firenze*, 1913, X, 338.
- BROUARDEL. — Nodules sur le trajet extrautérin des trompes et de la portion interstitielle, *Thèse de Doctorat*, 1886.
- BOURRELY. — Fibrome de la trompe, *Thèse de Montpellier*, 1910.
- BOLT (H.-J.). — Uterus with large subserous myofibroma with papillary cystoma of uncertain origin and bilatéral hematosalpinx panhysterectomy, *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1910.
- CHIARI. — Nodosités de l'extrémité utérine de la trompe, *Zeitschrift für Heilkunde*, 1887, Bd VIII.
- CONSTANTIN (Daniel). — *Revue de Gynécologie*, 1903.
- CRYSOPATHES. — Double hematosalpinx vrai consécutif à des adenomyomes blancs, durs, des cornes utérines, *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie*, 1901, t. XLIV, f. 2.
- CULLEN. — Adenomyoma of the uterus, 1908.
- CARAVEN et MERLE. — Adenomyomes diffus des cornes utérines, *Revue de Gynécologie abdominale*, Paris, 1913.
- CLAISSE. — *Thèse de Paris*, 1900.

- DOLLMAN. — L'adénomyome de l'utérus et ses relations avec le cancer, *Zeitschrift für Krebsforschung*, 1904.
- FUTH. — Beiträge zur Karsuistik der adenomyomata des uterus, *Centralblatt f. Gyn.*, 1903.
- FRANQUÉ. — Salpingitis nodosa isthmica und adenomyoma tuben, *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1900, Bd XLII.
- GRÜNBAUM. — Les manifestations cliniques des adénomyomes de l'utérus, *Archiv. Gyn. f.*, 1908, Bd LXXVI.
- HERRENSCHMIDT. — Deux tumeurs de l'utérus; adénomyome Wolffien malin, métaplasie wolffienne (néphroïde) d'un épithéliome du corps, *Bull. de l'Assoc. Franç. pour l'étude du cancer*, Paris, 1912.
- JAYLE et COHN. — Nodosités des cornes utérines, *Revue de Gynécologie* de 1901.
- KOSMAN. — *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, XXVII, 1897.
- KUGELMAN. — Nodosités de l'extrémité utérine de la trompe, *Congrès de Chirurgie de Copenhague*.
- LIHOTZKY. — Adénomyome des deux cornes utérines. D'après Marésch, *Vorh. der Deutsche pathol. Gesell.*, Iéna, 1907-1908, XI, 117-121.
- LOUIS (Ferdinand). — Contribution à l'étude des adénomyomes de l'utérus, *Thèse de Lyon*, 1908.
- LEGUEU et MARIEN. — Des éléments glandulaires dans les fibromes de l'utérus, *Ann. de Gynécologie et Obstétrique*, 1897.
- SEYBERTH (Ludwig). — Adénomyome des angles d'insertion de la trompe à l'utérus, *Méd. Klinik.*, 1911, VII, 999.
- LOCKSTAEDT. — Adénomyome de l'utérus et de la corne droite, *Monatschrift f. Geb. und Gyn.*, 1898.
- MEYER. — Ueber entzündliche Heterotope epithelwucherungen, *Virchoff's Archiv.*, 1907, Bd CXLV.
- MAC CALLUM. — Adenomyoma of the, *New-York pathol. Society*, 1910-1911, X.

- IVERS (Miss). — Adénomyomes dans une trompe tuberculeuse, *The journ. of obst. and Gyn. of the British Emp.*, 1911.
- NEUMANN. — Nodosités des deux cornes utérines. Fibrome de l'utérus. Double hydrosalpinx, *Archiv. f. Gyn.*, Bd. LVIII, 1899.
- POZZI. — *Traité de Gynécologie* (4^e édition, 1907).
- POZZI. — Salpingite nodulaire, *Traité de Gynécologie*, 3^e édit., 1897.
- PORET. — Les fibromes de la trompe, *Thèse de Paris*, 1898.
- POLLANO. — Le tableau clinique de l'adénomyome, *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, 1905, Bd VII.
- PILLIET. — Etude d'un fibrome de la trompe d'origine inflammatoire lié à l'existence d'une salpingite, *Bulletin de la Soc. anatomique*, 1894, p. 554.
- RICKLINGHAUSEN. — Die adenome und cysta des uterus und tuben, *Wandung*, Berlin, 1896.
- RICKLINGHAUSEN. — Nodosités utérines, 1891.
- RICKLINGHAUSEN. — Adénomyomes des deux cornes utérines et de la paroi antérieure de l'utérus. Adénome de l'isthme des deux trompes : à droite, hydrosalpinx par occlusion et chaîne de kystes de l'époophoron, 1896.
- SCHIC KELE. — Weitere Beiträge zur Lehre von den mesonephretischen tumoren, *Beiträge zur Geb. u. Gyn.* Bd VI.
- SITZENFREY. — Das untergreifen der adenomyoma des uterus anf den Malsdarm, *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, 1907, Bd LXIV.
- SCHAUTA. — Nodosités des deux cornes utérines (8 observations). *Archiv. f. Gyn.*, Bd 33.
- SCHROEDER. — Adénomyomatose des cornes utérines, *Monat. f. Geb. und. Gyn.*, 1905, t. XXI.
- SCHWAB. — Adénomyomes multiples de l'utérus en dégénérescence cancéreuse, *Beiträge zur Geb. u. Gyn.*, 1907.

VIGLIANI. — Fibromioma del corno destro dell' utero e del principio della tromba destra, *Riv. Veneta di Sc. med.*, Venezia, 1915, XIII.

YAMARAKI. — Contribution à l'étude des adénomyomes de l'utérus, *Zeitschrift f. Gebu. u. Gyn.*, 1910, Bd LXVI.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — Historique.....	11
CHAPITRE II. — Anatomie pathologique	15
CHAPITRE III. — Pathogénie	19
CHAPITRE IV. — Observations	23
CHAPITRE V. — Symptômes et Diagnostic.....	37
CHAPITRE VI. — Traitement.....	43
CONCLUSIONS	47
BIBLIOGRAPHIE	49

IMPRIMERIE EXPRESS

46, RUE DE LA CHARITÉ

- - LYON - -

